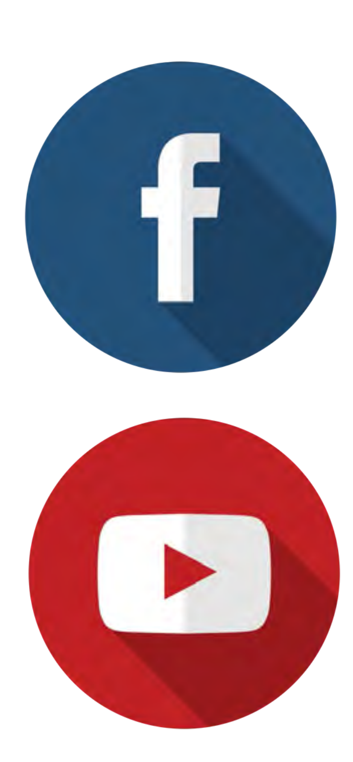
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Tumeurs de l'intestin

Dr.Khelifi
Clinique de chirurgie générale B
CHU Mustapha

Plan:

1- Introduction

2-Rappel anatomique

3-Rappel histologique

4-Diagnostic:

- ***a- Présentations cliniques***
- ***b- Modalités d'exploration***

6-Lésions tumorales du grêle

- ***a- Tumeurs bénignes***
- ***b- Tumeurs malignes***

7- Diagnostic différentiel

8- conclusion

1-Introduction:

Tumeurs rares

5% des tumeurs du tractus gastro-intestinal
60% à 75% bénignes

Diagnostic tardif

Évolution à bas bruit
Sensibilité insuffisante de l'imagerie
Apport de la TDM,Entéro-scanner, Entéro-IRM

Pronostic:

Nature tumorale
délai de prise en charge

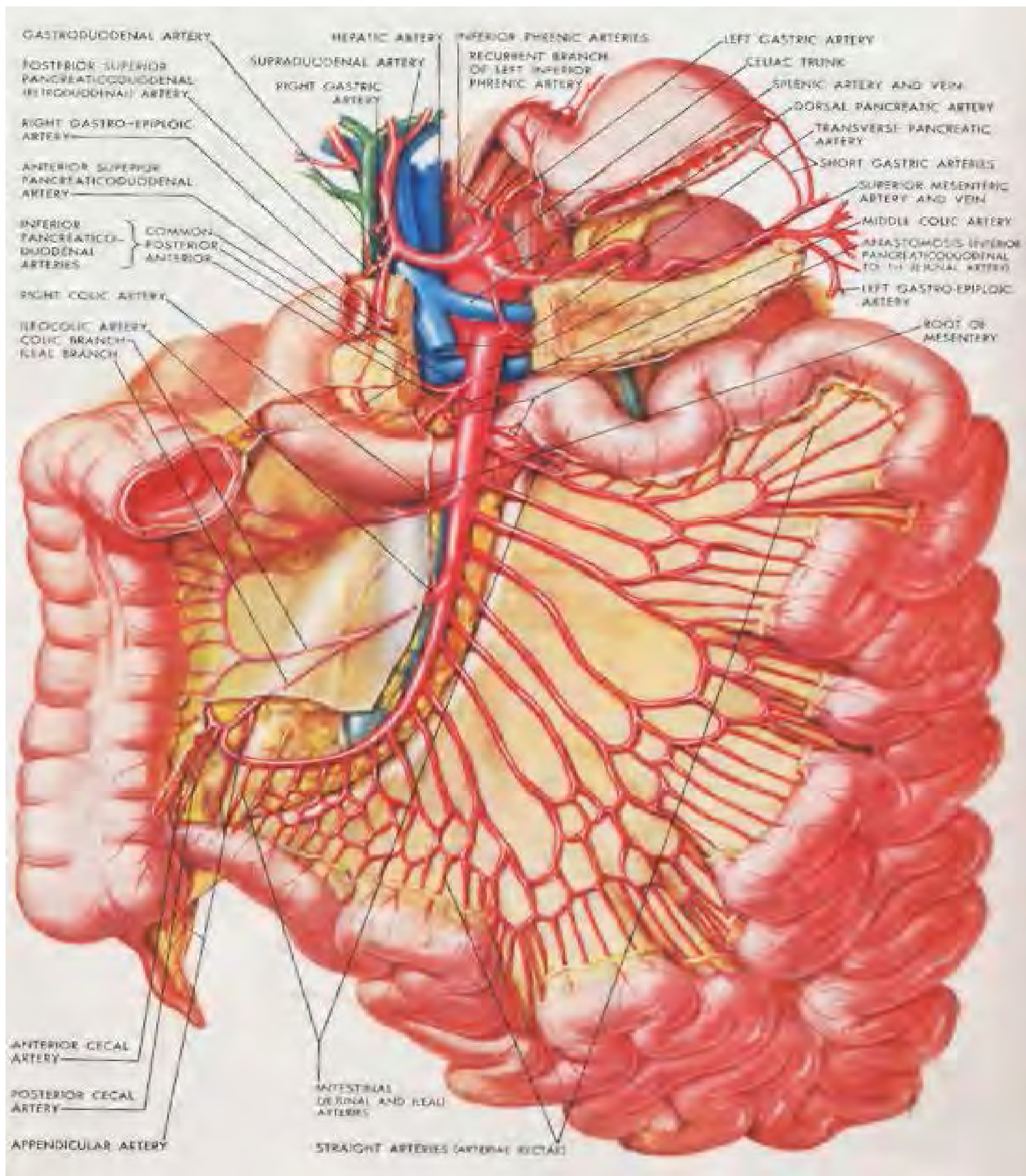
2-Rappel anatomique:

L'intestin grêle:

-Débute au pylore et se termine à la valvule de Bauhin.

-Comprend : le Duodénum et le jéjuno-iléon.

-Segment digestif le plus long, 6-7 m, 90% de la surface muqueuse du tube digestif



3-Rappel histologique:

04 Couches:

La séreuse:

tissu conjonctif lâche,cellules mésothéliales.

La musculaire muqueuse:

couche musculaire lisse externe longitudinale,couche interne circulaire.

La sous-muqueuse:

tissu conjonctif riche en plexus veineux et lymphatiques.

glande de Brunner dans le duodénum.

La muqueuse:

villosités,glandes de Lieberkühn ,l couche lymphoïde.

4-Diagnostic:

a- Présentations cliniques

Brutale / à bas bruit:

1-Hémorragies digestives: anémie microcytaire/hémorragie aigue

2-Transit: Syndrome sub occlusif / occlusion intestinale aigue

3-Douleur abdominale/ masse palpable

4-Syndrome carcinoïde:Flush,diarrhée,cardiopathie tricuspide

5-Localisation secondaire

6-Découverte fortuite

4-Diagnostic:

b- Modalités d'exploration

Intestin grêle : segment digestif long , difficilement accessible

Explorations morphologiques limitées:

ASP : rentabilité diagnostic nulle! «OIA »
Transit du grêle: faux positif, peu sensible « petites tumeurs »
Échographie: peu spécifique
Scanner conventionnel : anses collabées!
Endoscopie : visualisation incomplète de l'ensemble du grêle

Avant:

Saignement … Gastro colo normale … Transit du grêle … Chirurgie !

Actuellement:

« Nouveautés » radiologiques: Entéro-scanner et Entéro-IRM,
« Nouveautés » endoscopiques: Entéroscopie totale à double ballon, vidéo capsule endoscopique.

VCE



6-Lésions tumorales du grêle:

a- Tumeurs bénignes

1-Polype adénomateux (Adenome):

Duodénum(Glande de Brunner)++, jéjunal,iléon,PAF(colon++)

De petite taille (5 et 15mm), difficilement individualisable.

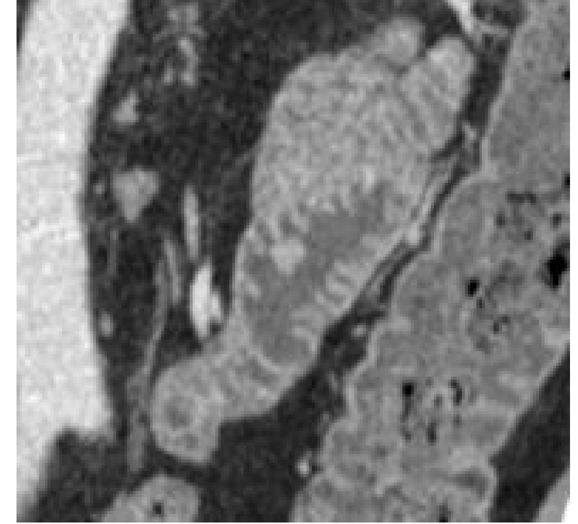
Tumeur endoluminale arrondie sessile ou pédiculée.

Découverte fortuite ou lors d'un saignement

Résection endoscopique ou chirurgicale







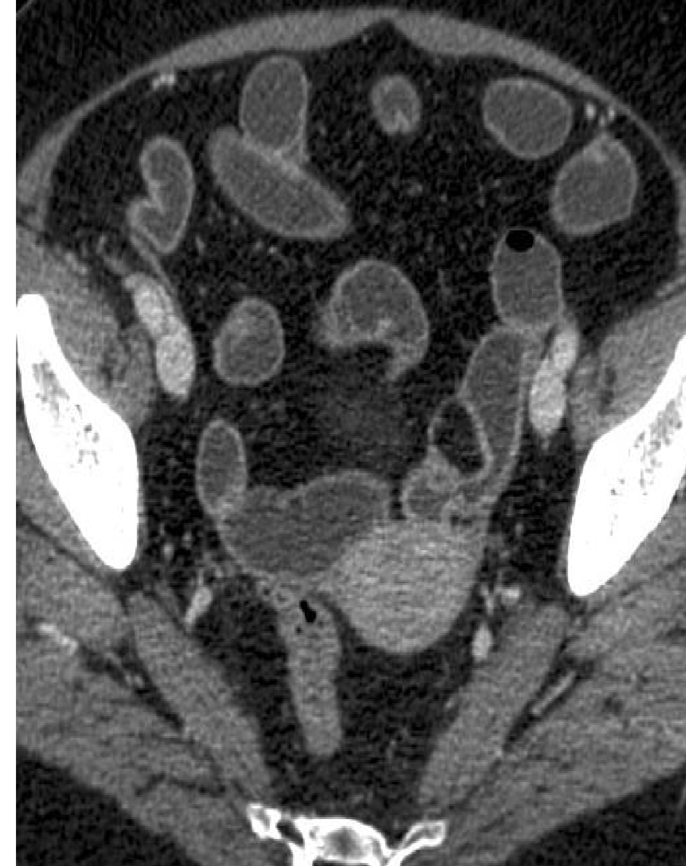
2-Lipome:

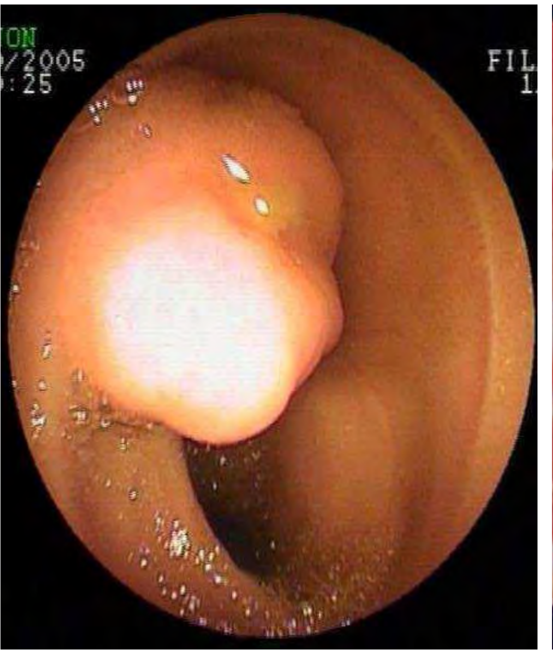
l'iléon+++

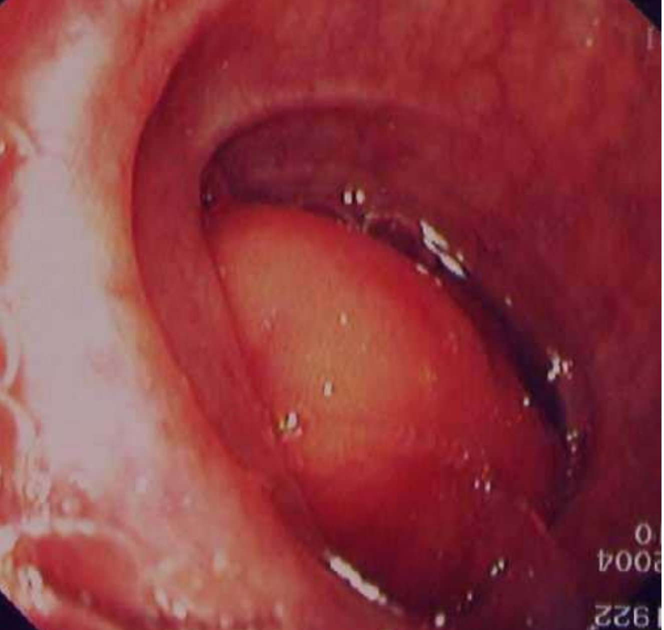
Composante graisseuse (diagnostic facile au scanner)

Masse ovoïde ou pédiculée.

Découverte fortuite ou lors d'une invagination, anémie chronique ferriprive (ulcération).







3-Polype Hamartomateux (Hamartome):

Maladie de Peutz-Jeghers-Touraine+++:

Polypose hamartomateuse familiale,

rare,touche l'adulte jeune

transmission autosomique dominante,

touchant l'ensemble du tube digestif,

polypes de grande taille.

lentiginose périorificielle (buccale,anale)

Hémorragie/invagination

tumeurs extra digestives (polype nasaux,bronchiques,vésicaux…)

Cancer!

4-Angiomes:

Jéjunum+++

rare, petits saignements.

dilatation des structures vasculaires

plane,sessile ou pédiculé,

phlébolithes calcifiés,Dc++





5-Léiomyome:

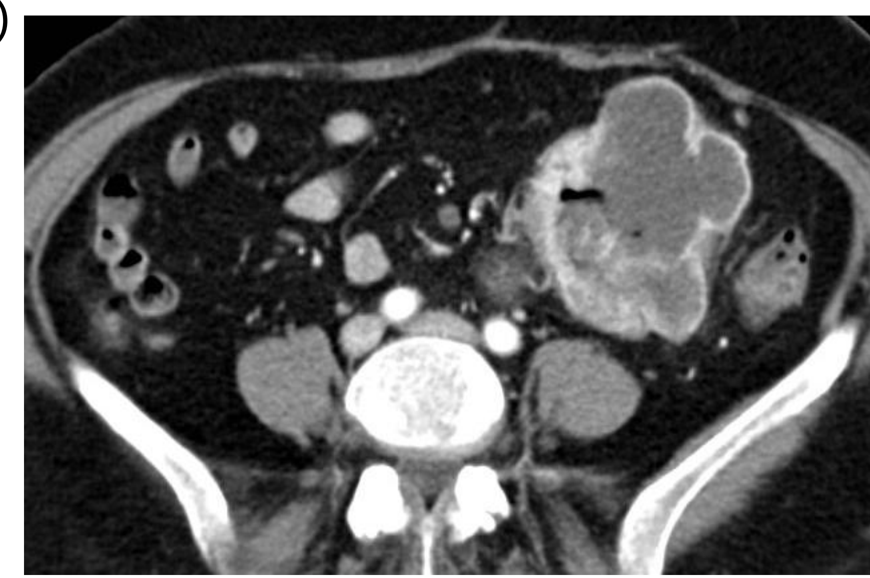
Jéjunum++
Fréquente
Tumeurs conjonctives à cellules fusiformes issues du muscle lisse.
N'expriment pas le CD 117.
Origine :

- Musculaire muqueuse Intra luminale
- Couche longitudinale externe de la musculeuse extra luminale

Diverticule de Meckel++
Potentiellement malignes (risque >> si > 5cm)

- Métastase péritonéale (leiomyosarcome)
- Absence d'adénopathie (# lymphome)





6-Lésions tumorales du grêle:

b- Tumeurs malignes

1-Adénocarcinome:

Tumeur maligne primitive la plus fréquente de l'intestin grêle (40%)

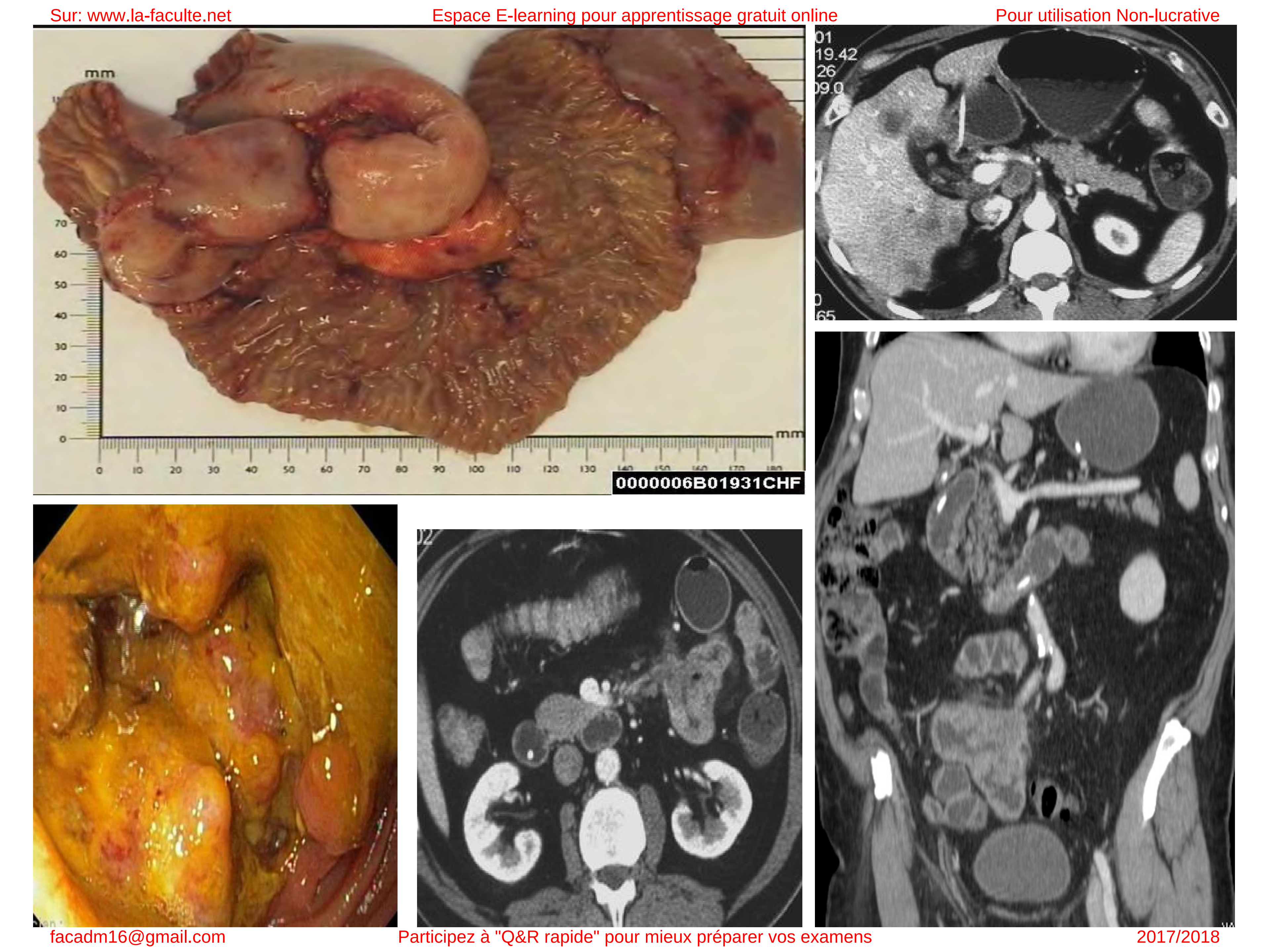
Peuvent être associés à la maladie caeliaque, à la polypose, à la maladie de Crohn

Atteinte préférentielle duodénale ou jéjunale proximale.

Présence d'ulcération dans 40% des cas (saignement).

Épaississement pariétal+/- circonférentiel, infiltrant, irrégulier, asymétrique rigide, rapidement sténosant

Extension loco régionale (mésentère) ou à distance (Foie, péritoine +++).


mm
0000006B01931CHF

2- Tumeur carcinoïde:

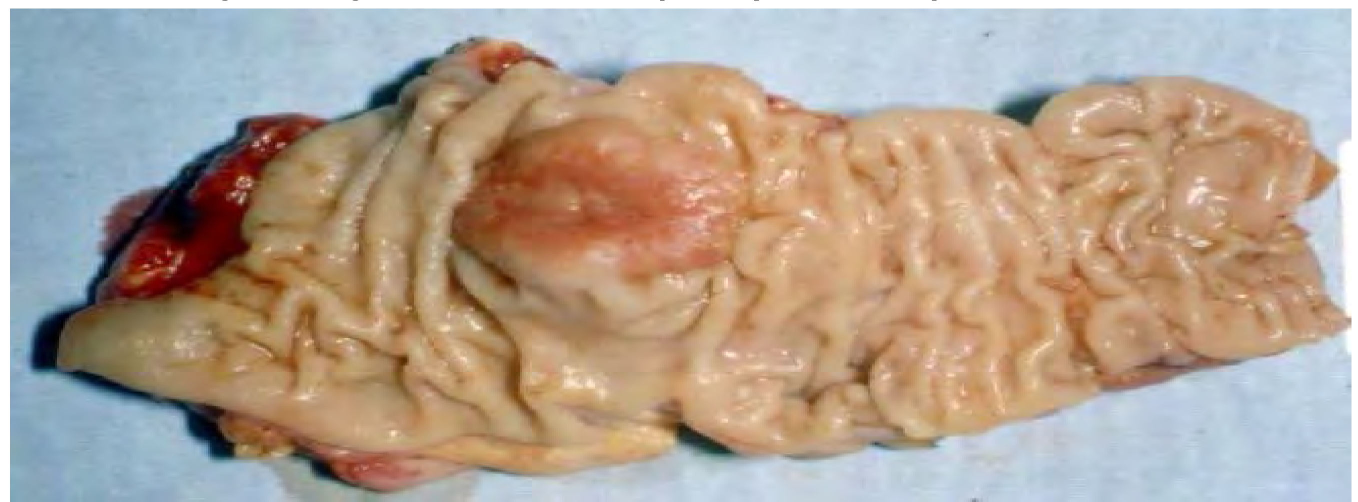
Deuxième tumeur maligne primitive du grêle.

Localisation le plus souvent appendiculaire , ou Iléale.

Clinique: Douleurs abdominales, syndrome occlusif, rectorragies, syndrome carcinoide (10%)

Syndrome carcinoide : Masse tumorale importante, métastases, sécrétion de sérotonine

Biologie: dosage sanguin de la sérotonine et dans les urines des 24 h de l'acide 5-hydroxy-indol-acétique (5-HIAA).



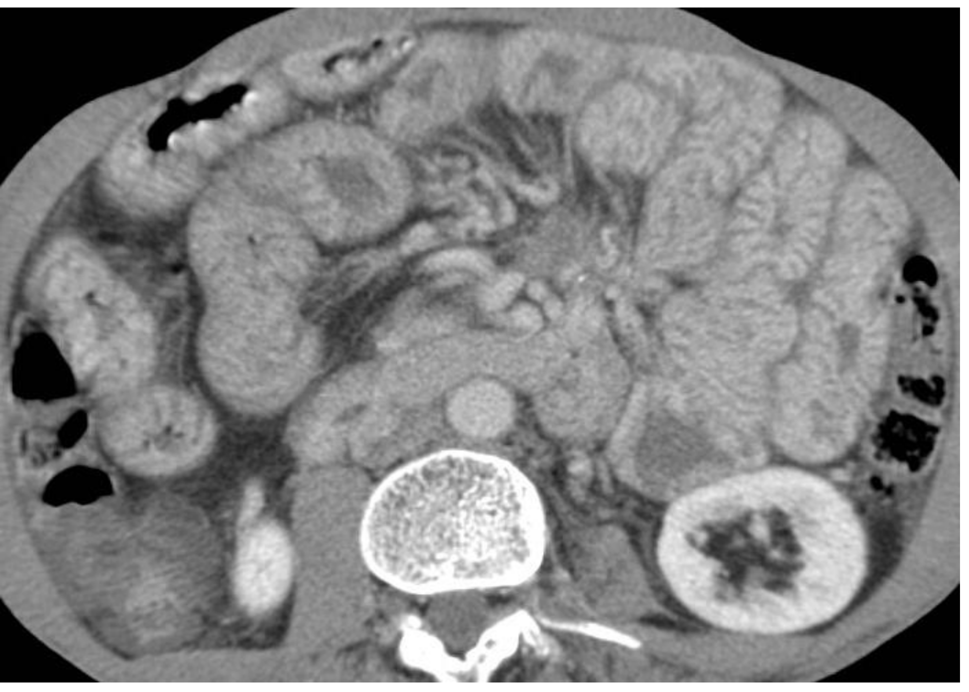
2- Tumeur carcinoïde:

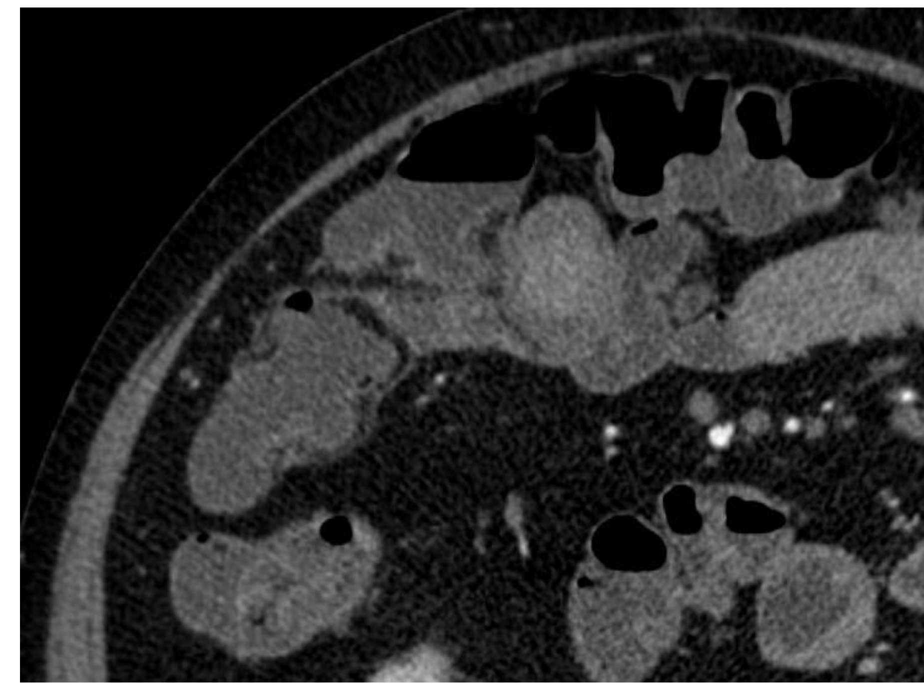
Extension métastatique hépatique

Anatomie pathologique: tumeurs endocrines = cellules entérochromaffines, développement initialement sous muqueux puis infiltrant la partie interne de la musculeuse

Traitement chirurgical en première intention

Pronostic: 54% de survie à 5 ans de moyenne, < 20% en cas de métastases, et 75 % si la résection totale est possible.





3-Lymphome:

Troisième tumeur maligne la plus fréquente

Prédominance iléale.

Masse tumorale non sténosante

Quatre formes:
1-Multi nodulaire
2-Masse unique de taille variable, non obstructive.
3-Infiltrante avec épaississement de la paroi.
4-Masse exophytique.

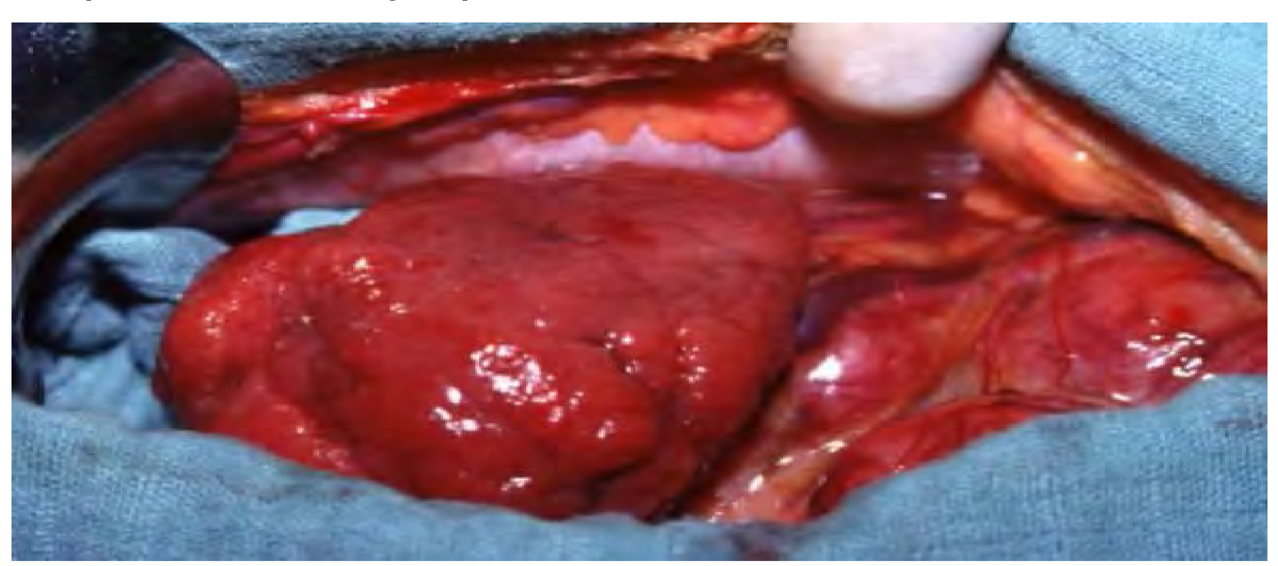
Présence d'adénopathies multiples non compressives associées.

Lymphome B:

Lymphome de MALT (mucosa associated lymphoid tissue) ou lymphome méditerranéen.

Atteint préférentiellement les adultes jeunes et correspond à une infiltration de l’intestin grêle par une population mixte de cellules sécrétant une chaîne lourde alpha d’immunoglobuline non associée à une chaîne légère.

Il s’agit d’une prolifération lymphoïde B



Lymphome T:

Complication de la maladie coeliaque.

Forme disséminée micro nodulaire, ou pseudo anévrismale à un moindre degré, associée à des adénopathies.

Mauvais pronostic.

Possibilité d'hémorragie digestive, ou des perforations de très mauvais pronostic, pouvant nécessiter une intervention chirurgicale urgente.

Lymphome de Burkit:

Non lié à EBV

Sporadique

Enfant,immunodéprimé++

Ganglionnaire++ ,Iléo caecal

Volumineuse tumeur

LDH élevé

4-Tumeurs Conjonctives:

Tumeurs mésenchymateuses ou conjonctives.

La cellule d'origine est soit nerveuse (schwannome, neurofibrome), musculaire lisse , ou cellules interstitielles de Cajal (GIST).

Ces tumeurs sont bénignes mais à caractère potentiellement malin (GIST, leiomyosarcome)

De développement endo ou **exoluminal** ces tumeurs peuvent passer inaperçues en endoscopie ou vidéo capsule.

GIST:

GIST : Gastro Intestinal Stromal Tumor.

Tumeur conjonctive gastro intestinale, à cellules fusiformes, expriment le CD117+ (*C-Kit)* + 95%.

Développé à partir des cellules pace maker de l'intestin (cellules de Cajal = automatisme des fibres lisses gastro-intestinales).

Atteinte préférentielle de l'estomac (60%) puis du grêle (20 à 30 %).

Tumeurs potentiellement malignes

•Facteurs Pronostiques:

Proximal (estomac) < Distal (Grêle)

Benin < 2cm ; Border ligne 2-5 cm ; Malin > 5cm

Aspect irrégulier, plages nécrotico-hémorragiques, adénopathies, métastases

Index mitotique

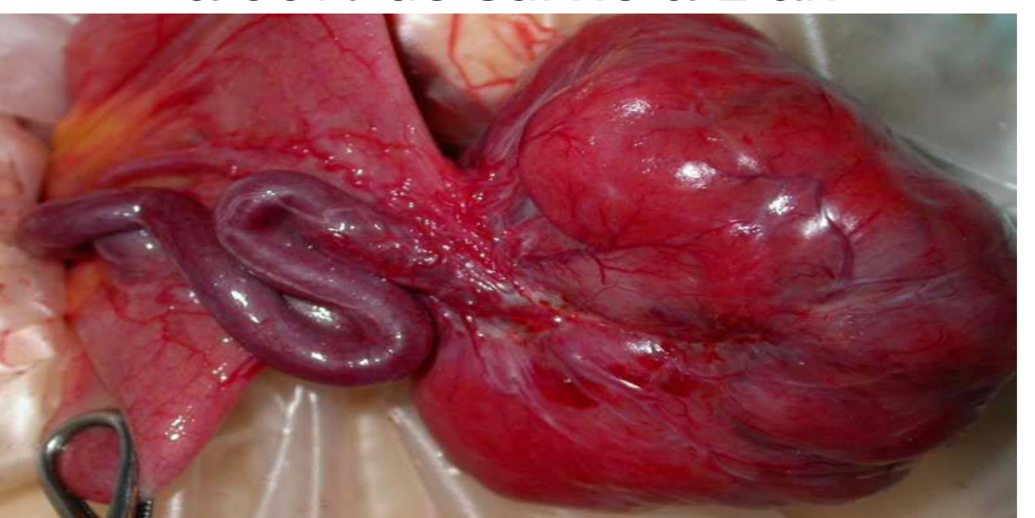
GIST:

Traitement par chirurgie avec exérèse large pour tumeur non métastatique.

Tumeurs radio et Chimio résistantes

Thérapie ciblé,Imatinib (Glivec): inhibiteur de la Tyrosine Kinase.

De 30% de patient en vie à 1 an on passe grâce au Glivec à 90% de survie à 1 an





5-Métastases:

Deux types:

Dissémination hématogène, nodule sous muqueux, sur le bord mésentérique. (mélanome et carcinomes bronchiques à petites cellules++++)

Forme infiltrante correspondant à une carcinose péritonéale, avec envahissement de contiguïté. Épaississement pariétal irrégulier, avec atteinte du péritoine pariétal (colon, pancréas, estomac, ovaire)

7- Diagnostic différentiel:

1- Endométriose:

Rare;Iléon++

Épaississement pariétale d'allure tumorale

Exacerbation des symptômes en période menstruelle: inconstante

2-Amylose digestive:

Pseudotumeurs,épaississement diffus des parois des anses

Biopsie endoscopique: dépôt extra cellulaire caractéristiques coloré par le rouge Congo

3- Anguillulose:

Invasion de la muqueuse intestinale par : Strongyloides Stercoralis

Masses pseudo tumorales

Carrefour iléo caecal++

Diagnostic:Hyper éosinophilie, parasitologie des selles

Traitement: Ivermectine

8-Conclusion:

Les tumeurs de l'intestin grêle sont rares.

Le diagnostic est souvent tardif en présence de volumineuse lésion étendues,révélées par une complication (occlusion,perforation,hémorragie), en dehors de toutes ressources thérapeutiques ***curatives***.

Les nouvelle méthodes d'imagerie (entéroscanner et entéro-IRM) couplés aux examens endoscopiques(VC et entéroscopie totale) devraient permettre un diagnostic plus précoce et une diminution de la mortalité.